FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N. 360

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 8 août 1873,

PAR LOUIS MOREAU,

Né à Brienon (Yonne),

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS.



DES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES TERTIAIRES
DES BOURSES SÉREUSES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). LASEGUE. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires :

M. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

M. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GARIEL.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DAMASCHINO.	GUENIOT.	PAUL.
BLACHEZ.	DUBRUEIL.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GRIMAUX.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GAUTIER.	LE DENTU.	PROUST.
		NICAISE.	TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.* . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N.* .
— de l'ophthalmologie	PANAS.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL, *président*; CHAUFFARD, DAMASCHINO, OLLIVIER.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire*.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

A M. LE DOCTEUR BAZIN

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HÔPITAUX :

MM. GOSSELIN, HÉRARD, GIRALDÈS, MILLARD, MOLLAND, POTAIN

A MON AMI LE DOCTEUR A. MURON

A MON AMI Henri PETIT

DES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES

TERTIAIRES

DES BOURSES SÉREUSES

INTRODUCTION

Au mois de janvier dernier, M. Verneuil publiait un petit mémoire sur « *les lésions syphilitiques tertiaires des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses* (1). » Il se proposait de démontrer « que la syphilis peut envahir tous les tissus, et qu'elle peut les envahir à tous ses âges. » A l'appui de cette assertion, M. Verneuil rappelait « qu'après la note publiée jadis par lui dans la *Gazette hebdomadaire*, et les observations nouvelles apportées par M. A. Fournier, « la synovite tendineuse syphilitique avait désormais sa place marquée dans la *période secondaire* de la vérole. » Et l'observation 4 de son article en était une preuve nouvelle.

« *Les accidents tertiaires* des bourses séreuses, ajoutait M. Verneuil, sont, je crois, moins connus. Je viens d'en observer un cas bien concluant, qui m'a remis en mémoire un autre fait de date très-ancienne. Je les publie tous deux dans l'espoir que mes confrères

(1) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 10 janvier 1873.

feront sortir de leurs cartons ou de leur mémoire des observations semblables (1). »

Voici ces observations de M. Verneuil :

OBSERVATION I (A. Verneuil).

Tumeur gommeuse de la bourse séreuse située au devant de la tubérosité antérieure du tibia. (Notes fournies par M. Lascoux, élève du service).

Félix B..., 32 ans, serrurier, entre à l'hôpital Lariboisière le 22 août 1872, salle Saint-Augustin, n° 15. Cet homme est d'une bonne constitution et n'a jamais fait de maladie grave; il ne présente aucune trace de scrofule ni de rhumatisme.

En 1863, il contracte un chancre infectant sur la couronne du gland, à gauche du frein. On retrouve encore en ce point une légère induration. Le chancre mit trois mois à se cicatriser.

Le malade ne se rappelle pas quel traitement il suivit alors. Dans tous les cas, il ne s'est jamais soigné d'une façon régulière, bien qu'il dise avoir eu des plaques muqueuses à la gorge.

Aujourd'hui, il n'y a de traces d'accidents secondaires ni à la peau, ni aux muqueuses. Le malade est marié depuis six ans; sa petite fille, âgée de 3 ans, se porte bien. B... travaille souvent à genoux. Il y a quatre mois, apparut, pour la première fois, à la partie antérieure du genou gauche, une petite induration d'abord indolente, puis qui devint peu à peu sensible à la pression et s'accrut de manière à acquérir le volume d'un demi-œuf de poule. Des frictions diverses et un vésicatoire furent prescrits, mais sans résultats. C'est alors que B... entra à l'hôpital.

On constate à la partie antérieure et inférieure du genou gauche, juste au devant de la tubérosité antérieure du tibia, une tumeur hémisphérique, offrant à sa base un diamètre de 5 centimètres environ et faisant au-dessus du plan des parties voisines une saillie de

(1) Verneuil. Mémoire cité.

près de 3 centimètres. Cette tumeur, à contours très-nettement circonscrits, repose sur les parties dures et y adhère solidement; elle n'est point fluctuante, mais de consistance ferme et comme élastique.

La peau susjacente est épaissie, immobile, confondue avec la masse morbide, d'un rouge violacé; au côté externe existe une ulcération à bords taillés à pic et légèrement décollés, large de 7 à 8 millimètres; elle occupe toute l'épaisseur de la peau, mais son fond est masqué par une eschare d'un jaune grisâtre, molle et encore adhérente aux parties profondes.

Au reste, indolence presque complète à la palpation, douleurs spontanées à peu près nulles.

A 1 centimètre de la tumeur, la peau reprend sa coloration normale; l'articulation du genou est saine, aucun engorgement ganglionnaire dans l'aine. Il n'y a de souffrances que dans les grands mouvements de flexion et quand le malade essaie de se poser directement sur le genou affecté.

Je fus frappé de l'aspect tout particulier de cette lésion, qui ne ressemblait ni à un phlegmon ordinaire, ni à un hygroma simple, ni à une exostose. L'ulcération avec eschare centrale, la coloration livide de la peau, l'indolence, la longue durée, et la marche si lente du mal me firent songer aussitôt à une tumeur gommeuse; et je la localisai sans hésiter dans la bourse séreuse sous-cutanée située au-devant de l'insertion inférieure du tendon rotulien, parce qu'elle rappelait exactement par son siége, sa forme et son volume les hygromas qu'on rencontre assez souvent en ce point (1). C'est alors que je recueillis, par l'interrogation, les renseignements donnés plus haut sur l'existence antérieure d'un chancre infectant. On pouvait d'ailleurs s'expliquer comment les pressions incessantes,

(1) Voir Padieu. Thèse inaugurale, 1837. — Des bourses séreuses et de leurs maladies (page 13); ou ma note de la page 20.

exercées en ce point par le fait du travail à genoux avaient suscité là une manifestation locale de la maladie constitutionnelle, latente jusqu'alors. Ce n'est pas la première fois que l'on constate l'influence des irritations traumatiques fortes ou faibles sur l'apparition des accidents diathésiques circonscrits.

Ce diagnostic dictait naturellement le traitement qui fut ainsi formulé :

1° Application au point malade de bandelettes de sparadrap de Vigo qui seront renouvelées tous les deux ou trois jours ;

2° A l'intérieur, le traitement mixte, à savoir une pilule de 0 gr. 05 de protoiodure tous les matins et 1 gramme d'iodure de potassium le soir ;

3° Enfin, le repos absolu au lit, le membre maintenu dans l'extension.

Les effets de ce traitement ne tardèrent pas à se faire sentir. L'eschare tomba au bout de quatre ou cinq jours, laissant à nu une plaie qui avait tous les caractères de l'ulcération gommeuse.

La peau commença à pâlir et la tumeur à se ramollir et à décroître. Pendant quelques jours, on put croire que la tubérosité tibiale elle-même, était gonflée et comme hyperostosée ; mais il fut bientôt certain que les parties molles seules étaient le siége principal, sinon exclusif, de la tuméfaction.

Au bout de trois semaines, la guérison était presque complète, l'ulcération était cicatrisée, la peau avait repris en grande partie sa coloration normale, les mouvements de flexion étaient à peine gênés. B... me demanda à sortir et à terminer la cure chez lui. Je lui recommandai de continuer le traitement interne pendant deux mois encore, et de faire sur le point malade des badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode.

OBSERVATION II (A. Verneuil).

Hypertrophie fongueuse tertiaire de la patte d'oie, symétrique.

J'avais soigné un étudiant en droit pour un chancre induré suivi de syphilis secondaire. Le traitement avait été mal suivi, et de nombreuses récidives s'étaient montrées pendant deux ou trois ans. Lorsque X... quitta Paris, il semblait cependant délivré. C'était d'ailleurs un garçon d'une rare vigueur et qui avait fort bien résisté à la maladie, au traitement et à des excès de tout genre.

Cinq années environ s'étaient écoulées depuis l'accident primitif, lorsque mon ami revint de province exprès pour me montrer une singulière affection. A la face interne de chaque genou existait une tumeur assez bien circonscrite, et affectant une forme bizarre. Elle était à peu près triangulaire. Le bord antérieur répondait à la crête du tibia ; les deux autres bords, supérieur et inférieur, convergeaient l'un vers l'autre et se réunissaient en haut et en arrière vers le condyle interne du fémur.

La tumeur faisait, au-dessus des parties voisines une saillie de près de 2 centimètres. Elle était fixée au tibia dont elle suivait les mouvements. Au reste, à peu près indolente, assez résistante, sans fluctuation, sans changement de couleur à la peau, elle déterminait à peine un peu de gêne dans la marche. Elle avait paru à la suite de plusieurs parties de chasse, c'est-à-dire de marches prolongées.

D'après les caractères indiqués, on ne pouvait songer ni à une hydropisie, ni à un abcès, ni à une exostose, ni à une ostéite. La situation et la forme des tumeurs me firent penser que la lésion siégeait dans la bourse séreuse de la patte d'oie (1), et la symétrie m'inspira l'idée qu'il s'agissait d'une manifestation syphilitique, bien qu'en ce moment aucun autre point du corps n'offrît la moindre trace de la maladie constitutionnelle.

---

(1) Voir page 20.

J'engageai X... à voir M. Ricord et à lui soumettre mon opinion, que l'éminent syphilographe voulut bien accepter.

En conséquence, je prescrivis, *loco dolenti*, les frictions mercurielles et à l'intérieur l'iodure de potassium à doses assez fortes; enfin, le repos, qui ne fut guère observé. Les effets du traitement se manifestèrent promptement; en quatre ou cinq semaines, la tuméfaction avait disparu, et il ne restait point de trace de ce singulier gonflement.

M. Verneuil rapporte une troisième observation, d'une femme qui aurait présenté des accidents analogues dans la bourse séreuse olécrânienne. Je ne la reproduis pas ici pour deux raisons : M. Verneuil la donnait comme un souvenir moins précis. D'ailleurs, elle ne me paraît pas tout à fait concluante. L'olécrâne était dénudé, si bien qu'on ne peut affirmer s'il s'agissait d'une gomme allant de la séreuse à l'os ou d'une inflammation de l'os propagée à la séreuse.

Malgré l'espoir qu'exprimait M. Verneuil, aucun fait nouveau n'a été produit, que je sache, depuis la publication de cette note. En voici quelques-uns qu'il m'a été donné d'observer dans le service de ce chirurgien; ou qui m'ont été communiquées par mon ami Henri Petit, externe du même service. J'en fais aujourd'hui le sujet de ma thèse inaugurale, d'après le conseil de M. Verneuil. Qu'il me soit permis de le remercier ici de ses savantes et bienveillantes leçons.

OBSERVATION III (L. Moreau).

Gomme de la patte d'oie (1).

Hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 14, 21 juin 1873, service de M. Verneuil.

X..., femme de 34 ans, bien constituée, ne se rappelle pas, dit-elle, avoir eu jamais d'accidents primitifs syphylitiques. Elle n'eut

(1) Je remercie M. Faugeron, élève de service, des notes qu'il m'a communiquées pour compléter cette observation. — L. M.

jamais de maux de gorge prolongés, de chute de cheveux, d'éruptions à la peau. Elle se souvient seulement que, vers l'âge de quatorze ans, elle éprouvait de violentes douleurs de tête. Etaient-ce des céphalées syphilitiques ?... Cependant plus tard, par deux fois, elle accoucha avant terme, et d'enfants morts ; et ces avortements ne reconnaissaient aucune cause appréciable pour elle. Depuis, de trois enfants qu'elle eut, deux moururent en bas âge.

Voici maintenant d'autres faits qui me paraissent des signes au moins très-probables de syphilis constitutionnelle :

A 24 ans, cette femme reçut au tiers inférieur de la jambe un coup de pied de cheval, léger sans doute, puisqu'il ne l'obligea à garder le repos que cinq ou six jours à peine. Mais deux mois après, de petites tumeurs apparurent au point contus, qui furent reconnues à l'hôpital pour des gommes syphilitiques, et qui disparurent par le traitement spécifique prolongé pendant trois semaines.

Plus tard, les gommes reparurent, et, cette fois, s'ulcérèrent ; la malade rentra à l'hôpital, et de rechef fut guérie par le traitement à l'iodure de potassium, continué durant un mois.

J'arrive à l'état actuel : il y a trois mois, X... fit une chute sur le genou, et, six semaines après, une petite grosseur apparut vers le côté interne, dans la région de la patte d'oie. Cette grosseur augmentait et la gênait de plus en plus, si bien que la malade se décida à entrer à l'hôpital encore une fois.

La tumeur, à cette époque, a la grosseur d'un œuf de poule ; elle est indolore, sans changement de couleur à la peau, élastique, et ne présentant pas la dureté osseuse de la périostose.

M. Verneuil, en raison de ces signes, du siége de l'affection, et des antécédents, diagnostique une gomme de la bourse séreuse, qui sépare du tibia les tendons de la patte d'oie (1); et, selon lui,

(1) Voir page 20.

cette gomme serait née de la cause prédisposante, de la syphilis constitutionnelle, sous l'influence déterminante et localisatrice d'une contusion. En conséquence, il prescrit les frictions mercurielles, les pilules de protoiodure de mercure, et l'iodure de potassium. L'amélioration est rapide, et la malade sort guérie le 17 juillet.

OBSERVATION IV (H. Petit).

Tumeur fongueuse tertiaire de la bourse séreuse prémalléolaire interne du côté gauche.

L. E..., âgé de 64 ans, boulanger, entré à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 47, le 15 février 1873. Cet homme présente, à la face interne de la malléole interne du côté gauche (1), une petite tumeur lenticulaire cutanée, d'un rouge un peu sombre, très-nettement fluctuante, douloureuse à la pression ; elle est apparue spontanément, sans contusion aucune. A l'interrogation, le malade n'avoue, pour tout antécédent vénérien, qu'un léger chancre à la verge, il y a une quarantaine d'années. Il a très-bien guéri sans engorgement ganglionnaire ou autre accident de nature spécifique. On ne trouve sur reste du corps ni cicatrice, ni rien d'analogue à ce qui se trouve à la malléole interne.

On fait dans la tumeur une ponction au bistouri ; il en sort du sang et à peine quelques gouttes d'un liquide ressemblant à du pus. On recouvre la partie malade de cataplasmes. Les jours suivants, loin de se cicatriser, l'ulcération augmente d'étendue, la tumeur paraît s'accroître sans suppurer. Peu à peu, les bords de la plaie se recouvrent de fongosités, on croit alors à une tumeur fongueuse d'une bourse séreuse sous-cutanée. Cautérisation énergique au nitrate d'argent. Pas d'amélioration. La peau se décolle autour de la tumeur, qui a doublé de volume depuis l'entrée.

11 mars. Les caractères de la tumeur et le peu d'efficacité du

(1) Voir page 20.

traitement font penser à une gomme siégeant dans la séreuse prémalléolaire. M. Verneuil ordonne donc l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application de sparadrap de Vigo sur la plaie.

En quittant le lit du malade, les yeux de M. Verneuil tombent sur une croûte de la largeur d'une pièce d'un franc, brunâtre, entourée d'un liséré rouge cuivré, superficielle, ovale, à grand diamètre transversal, siégeant au niveau de l'articulation chondro-costale de la 9e côte. Le malade raconte qu'il y a une quinzaine de jours, c'est-à-dire depuis l'entrée, il lui est venu un petit bouton qu'il a écorché et qui s'est étendu peu à peu ; c'est maintenant une plaque de rupia.

Des cataplasmes, appliqués les jours suivants, font tomber la croûte, qui laisse à découvert une ulcération : on la panse avec le sparadrap de Vigo.

Le 22, l'ulcération costale est guérie, il n'en est pas de même de celle de la malléole, qui reste encore longtemps stationnaire, malgré l'emplâtre de Vigo, l'iodure de potassium et les cautérisations au nitrate d'argent. La cicatrisation n'est complète que le 10 juin. Le malade sort guéri le 15 du même mois.

OBSERVATION V (H. Petit).

Tumeur syphilitique siégeant à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Ulcération consécutive simulant un mal perforant, ne guérissant que sous l'influence d'un traitement spécifique.

X..., 33 ans, entre à la Pitié, salle Saint-Louis, n° 27, le 25 mai 1873. Cet homme, d'une assez bonne constitution, a toujours joui d'une excellente santé, sauf des accidents syphilitiques. A 26 ans, il contracta un chancre de nature infectante, qui fut suivi d'accidents secondaires non équivoques, angine, roséole, etc. Un traitement spécifique fut institué ; mais, n'ayant été suivi que pendant deux mois, il fut insuffisant. En janvier 1872, l'inflammation s'empara d'une bourse séreuse, située au-dessous d'un cor, sur la face

dorsale du petit orteil gauche (1). Il se forma à ce niveau un mal perforant pour lequel on pratiqua l'amputation de l'orteil ; la guérison fut obtenue en trois ou quatre semaines.

Deux mois après, nouvel accident. Inflammation à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche (2), puis ulcération. Celle-ci ne s'agrandit que lentement; car elle mit plus d'une année à acquérir les caractères qu'elle présentait au moment où le malade entrait à l'hôpital. Ce qui l'y amenait, c'était surtout la difficulté de la marche.

Etat au moment de l'entrée. — La cicatrice du moignon du petit orteil est parfaitement régulière. A la plante du pied, là où le malade avait eu un cor, on trouve une ulcération de 3 centimètres environ de diamètre, à bords rouges, taillés à pic, décollés, à fond grisâtre, sanieux, et entourée d'une aréole rougeâtre. A la partie centrale de l'ulcération, existent encore quelques points de tissu mortifié. L'exploration par le stylet ne fait sentir aucun point de dénudation osseuse.

En raison de l'accident précédent, pour lequel l'amputation de l'orteil avait eu lieu, on était porté à croire qu'il s'agissait d'un simple mal perforant, récidivant, comme c'est l'ordinaire (2). Mais, vu les caractères objectifs de l'ulcération et les antécédents du malade, on diagnostiqua une gomme ulcérée, dont le siége était la bourse séreuse, située à la face plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

(1 et 2) Voir page 20.

(3) Et ce pouvait être, en effet, un mal perforant; mais il faudrait ajouter, dans ce cas, une épithète, et dire *mal perforant syphilitique*, comme on dit *roséole ostéite syphilitique*. Il se peut que le mal perforant, dont c'est bien là une description, soit une *affection générique*, dont les *espèces*, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, c'est-à-dire thérapeutique, restent à déterminer. — L. M.

Dès lors, on a administré le traitement suivant : iodure de potassium, 2 grammes; Protoiodure de mercure, 5 centigrammes; Sparadrap de Vigo sur les ulcérations. La guérison marcha progressivement de jour en jour; elle était complète au bout d'un mois, et le malade put sortir le 18 juin.

OBSERVATION VI (H. Petit).

Gomme d'une bourse séreuse de la paume de la main.

B..., 33 ans, garçon d'amphithéâtre, vient en mai 1873 consulter M. Verneuil pour ce qu'il appelle un clou, siégeant à la paume de la main, au niveau du 2e métacarpien.

Ce prétendu clou se présente sous l'aspect d'une petite tumeur, de la forme et du volume d'une noisette, que l'on aurait coupée en deux, et dont on aurait posé une des moitiés en ce point. Elle est lisse, uniformément rouge, à base indurée, non douloureuse, excepté au centre où elle est plus molle qu'ailleurs ; elle est venue spontanément, sans cause appréciable. M. Verneuil pensa d'abord qu'il y avait un corps étranger, car il remarquait au centre une petite croûte; mais B ... lui dit qu'il s'était fait lui-même cette plaie, qui, sans s'ulcérer, ne présentait cependant aucune tendance à la cicatrisation. Ce n'était pas non plus un tubercule résultant d'une piqûre anatomique.

M. Verneuil, en attendant un diagnostic précis, ordonna l'application de cataplasmes et de teinture d'iode. Le mal resta stationnaire. Plusieurs incisions au bistouri ne donnèrent issue qu'à un peu de sang. Considérant que, normalement, les manouvriers présentent, au point en question, une bourse séreuse sous-cutanée (1), que le sujet était en pleine syphilis tertiaire (l'interrogatoire du malade, la coïncidence d'une périostose du tibia avec dou-

(1) Voir page 20.

leurs ostéoscopes, ne laissaient aucun doute à cet égard), M. Verneuil pensa qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique siégeant dans une bourse séreuse. Il prescrivit, en conséquence, des frictions sur la tumeur avec l'onguent napolitain, et, à l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Depuis, le mal qui, jusqu'alors, était resté stationnaire, s'améliora peu à peu; et, au bout de trois semaines, B... était guéri.

OBSERVATION VII (H. Petit).

Tumeur fongueuse de la bourse séreuse olécrânienne.

M. P....., 34 ans, entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 17, le 17 juillet 1873.

Cet homme présente, à la partie supérieure de la face postérieure de l'olécrâne droit (1) une petite tumeur du volume d'une noisette, ulcérée à son centre, de coloration rouge violacé, peu douloureuse au toucher.

Au dire du malade, le début de cette tumeur remonte à 8 ans. C'était alors un petit bouton survenu sans cause connue. N'éprouvant aucune gêne, il ne s'en occupa pas. Peu à peu, cependant, elle augmenta de volume, devint douloureuse; il y eut de l'œdème de voisinage; le malade consulta alors, quinze jours avant son entrée à l'hôpital, un médecin qui, trouvant de la fluctuation, fit une incision : il sortit du pus mélangé à du sang; le gonflement diminua, mais la plaie, au lieu de se cicatriser, s'ulcéra.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, l'œdème circonvoisin avait un peu diminué, mais non la tnmeur : elle présentait, à son sommet une ouverture arrondie; la peau était décollée au pourtour de la plaie, qui donnait issue à des fongosités. L'exploration avec le stylet ne révélait aucune dénudation osseuse.

La présence d'une bourse séreuse en ce point, l'inutilité du

---

(1) Voir page 20.

traitement antiphlogistique avant et après l'incision et la longue durée du mal, l'analogie frappante qui existait entre cet accident et celui de la malléole chez le malade de l'observation IV, firent penser qu'il s'agissait là aussi d'une tumeur fongueuse tertiaire de la séreuse. Interrogé au point de vue de la syphilis, le malade nous apprit qu'il avait eu, en 1858, un chancre du méat avec blennorhagie. Mais, depuis, il n'a jamais suivi de traitement antisyphilitique, et pourtant il n'a jamais eu d'accidents que nous puissions rapporter à la syphilis. Les renseignements sont donc un peu moins précis que dans les cas cités tout à l'heure. Néanmoins, là comme dans les autres observations, le traitement vint confirmer l'hypothèse de syphilis; car l'emplâtre de Vigo, appliquée sur le mal, et l'iodure de potassium, donné à l'intérieur, amenèrent une amélioration rapide.

Le 24 juillet, la tumeur avait diminué considérablement de volume, la douleur avait disparu, ainsi que l'œdème de voisinage, et le malade sortait pour reprendre son travail.

Une chose frappe d'emblée après la lecture de ces observations : il y manque (et je ne me dissimule pas la valeur de cette objection, je tiens, au contraire, à signaler cette lacune comme un desideratum très-important), il y manque l'*examen histologique.*

Déjà M. Verneuil disait lui-même, dans son mémoire à propos de l'observation 1 : « Quant à la *nature anatomique intime* de cette lésion, on comprend que je n'en puis rien dire. S'agissait-il d'une exsudation solidifiée dans la cavité séreuse ou d'un épaississement de la paroi elle-même avec ou sans effacement de la cavité? Je ne saurais le dire. Il faut attendre que l'inspection directe tranche cette question, accessoire, du reste, au point de vue où je me place aujourd'hui. »

Cependant, les observations 4, 5 et 7 nous montrent que quel-

ques-unes de ces tumeurs, ouvertes au bistouri, contenaient du sang, du pus et des fongosités.

Quelque incomplètes que soient encore ces observations, toutefois il me semble, en attendant de nouveaux faits qui leur donnent une plus grande autorité, qu'elles apportent une réelle confirmation à l'hypothèse de M. Verneuil, et qu'elles suffisent à démontrer l'*existence des affections syphilitiques tertiaires des bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses, la possibilité de les distinguer d'affections qui les simulent, l'opportunité et surtout l'efficacité du traitement spécifique.*

C'est ce que je vais maintenant tâcher d'établir par une analyse un peu plus détaillée.

PREMIÈRE PARTIE

Je tirerai *les éléments du diagnostic* de trois sources distinctes, comme on le fait d'habitude dans toutes les affections réputées diathésiques.

J'examinerai successivement :

1° *Les renseignements fournis par les affections antérieures ou contemporaines présentées par le malade* ;

2° *Les caractères intrinsèques de celles qui nous occupent présentement* ;

3° *L'influence du traitement spécifique.*

A. — Affections syphilitiques antérieures ou contemporaines, présentées par le malade.

Dans tous les faits que je rapporte, les malades avaient été ou étaient encore évidemment *sous l'influence de la vérole constitutionnelle* depuis un laps de temps assez considérable, cinq ans (obs. 2, 5), dix ans (obs. 1), vingt ans (obs. 3), et même quarante ans (obs. 4). — Divers accidents antérieurs, chancres indurés, engorgements ganglionnaires, angines, plaques muqueuses, éruptions caractéristiques (obs. 4, 5), avortements sans cause appréciable à la malade, et gommes (obs. 3), et aussi parfois des manifestations actuelles, exostoses, douleurs ostéocopes (obs. 6), rupia (obs. 4), — ne me laissent aucun doute à ce sujet.

J'insiste à dessein : 1° sur l'antériorité assez considérable de l'accident primitif, et 2° sur la physionomie tertiaire des accidents concomitants; car je n'ai pas seulement voulu démontrer la nature syphilitique, mais encore le caractère tertiaire de certaines lésions des bourses séreuses.

Je sais de quelle circonspection il convient d'user dans cet ordre d'hypothèses : on devra se mettre en garde contre le dire des malades qui nient souvent par ignorance ou dissimulation. On devra les examiner avec le plus grand soin, et n'hésiter pas à ne tenir aucun compte de leurs dénégations, en présence d'accidents encore existants ou de traces cicatricielles d'un caractère évidemment syphilitique.

Mais craignons aussi l'écueil contraire : N'est-on pas trop souvent enclin à déclarer « *syphilitique* » tout accident d'origine obscure, « *survenu chez un syphilitique*? » Dans ce cas, la physionomie de l'accident, l'époque de son apparition sont des signes d'une grande valeur, très-propres à éclairer le diagnostic.

Bref, il est bon de n'être à cet égard ni plus ni moins sévère qu'on ne l'est pour tant d'autres cas où d'ordinaire la nature de la maladie n'est point mise en doute. Telles sont, par exemple, les syphilides cutanées.

B. — Caractères intrinsèques de l'accident.

Le *siége* (1) et la *forme* de la tumeur qui sont ordinairement ceux-

---

(1) Les bourses séreuses que l'on est à même d'observer à l'état normal, en dehors de toute circonstance pathologique, sont situées aux endroits où il s'exerce le plus ordinairement des pressions : au devant du genou, où se trouve la bourse séreuse pérotulienne, qui est la plus constante; en arrière de l'olécrâne; sur le grand trochanter; sur l'ischion; sous le coccyx; derrière l'angle de la mâchoire inférieure; au bord inférieur de la symphyse du menton; sur l'angle du cartilage thyroïde; sur l'acromion; sur l'épitrochlée; sur l'épicondyle; sur les apophyses styloïdes du radius et du cubitus; sur la face dorsale des articulations métacarpo-phalangiennes; sur la saillie des articulations phalangiennes; sur la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes; sur la tubérosité externe du fémur; sur la face externe de la tête du péroné; sur la tubérosité interne, sur la tubérosité antérieure et sur la surface antérieure du tibia; sur les malléoles externe et interne; au côté interne et au côté plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil; sur la face dorsale des articulations phalangiennes, sous la face

là mêmes d'une bourse séreuse normale ou accidentelle ; le *volume*, qui varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule ; le *développement* le plus souvent spontané (obs. 4, 5, 6, 7), quelquefois provoqué par une compression ou une violence quelconque (obs. 1, 2, 3), mais toujours lent, — sont déjà des signes diagnostiques très importants.

L'*indolence*, ou du moins la *presque insensibilité* ; la *consistance* ferme, élastique, également éloignée de la mollesse fluctuante de l'hygroma et de la dureté de la périostose, de l'exostose ou de l'enchondrome ; l'*adhérence* à l'os ou à la peau ; la *coloration* de celle ci, tantôt normale (obs. 2, 3), tantôt rouge, brune ou violacée (obs. 1, 4, 7), quelquefois entamée par une *ulcération* dont les bords

---

plantaire de la tête du cinquième métatarsien ; sous la tubérosité du calcanéum ; sur la face dorsale du pied ; sur le tubercule interne du scaphoïde ; sur la saillie du cinquième métatarsien ; sur l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale ; sur la protubérance occipitale externe ; sur la face externe de l'articulation temporo-maxillaire ; au devant de la clavicule ; sur le rebord de la crête iliaque ; sur le sommet des gibbosités de la colonne vertébrale ; sur la saillie de la tête de l'astragale, chez les individus affectés de pieds plats ; sur la face dorsale ou latérale du pied, chez les individus affectés de pieds-bots ; à l'extrémité du moignon des amputés, entre le bout de l'os et la cicatrice ; sur la surface de tumeurs sous-cutanées ; sur la face externe du muscle grand dorsal ; sur l'épine de l'omoplate ; sur la région lombaire et sur les côtés de la colonne vertébrale, chez les individus habituellement chargés de fardeaux ; sur le devant du sternum et sur le bord radial de la première phalange de l'indicateur du côté droit, chez les menuisiers ; sur la partie supérieure du cubitus gauche, ainsi que sur la face postérieure du deuxième et du cinquième métacarpiens de la main droite, chez les ouvriers en papiers peints ; sur la face antérieure et externe de la cuisse, chez les joueurs d'orgue ; dans l'épaisseur des grandes lèvres, chez les femmes qui ont abusé du coït ; parfois au-dessous des brides cicatricielles, etc... Les habitudes particulières, les manières de se servir de divers instruments, pourront rendre compte de la production d'une série d'autres bourses séreuses que l'on peut être à même de rencontrer accidentellement. (E. Kœberlé, Dict de médecine et de chirurgie pratiques ; art. : bourses séreuses.)

sont taillés à pic, le fond grisâtre, et l'exsudat sanieux (obs. 1, 5, 6); dans quelques cas, l'issue de *fongosités* à travers la plaie (obs. 4, 7); *l'absence de dénudation osseuse* (obs. 5, 7), *et d'hyperostose* (obs. 1); enfin, la *symétrie* notée dans un cas (obs. 2); la *marche* lente et la *durée* toujours assez longue, — complètent le cortége des symptômes.

C. — Influence du traitement spécifique.

Plusieurs traitements ont été employés contre les accidents qui nous occupent : le repos, les cataplasmes, les applications de teinture d'iode, l'incision au bistouri (obs. 4, 6), les cautérisations et même, dans un cas, l'amputation d'un orteil qui était le siége du mal (obs. 5). Que l'on compare leurs résultats lents, indécis, incomplets, avec ceux qu'a donnés à M. Verneuil l'emploi des frictions mercurielles, de l'emplâtre de Vigo, et surtout de l'iodure de potassium à l'intérieur; on sera frappé de la supériorité de ce dernier traitement, même en l'absence du repos (obs. 2), et de bonnes conditions hygiéniques (obs. 6), ordinairement si nécessaires à la guérison. Or *le traitement par l'iodure de potassium* des accidents tertiaires en général donne de tels résultats que beaucoup de médecins en font presque un spécifique et la pierre de touche du diagnostic. Nous n'hésiterons pas à suivre leur exemple; nous voyons, par les observations précitées, que son expérimentation est inoffensive; qu'elle a donné, dans tous les cas, une amélioration rapide, et d'ordinaire la guérison après cinq ou six semaines; qu'enfin, sans elle, nous resterions à peu près désarmés devant ces accidents gênants, parfois dangereux, toujours rebelles.

On pourra sans doute objecter que le succès du traitement par l'iodure de potassium ne prouve pas que l'accident soit nécessairement syphilitique. Il peut, certes, en corrigeant « *un terrain syphili-*

tique,» contribuer à guérir une maladie « *qui s'est développée sur ce terrain.* »

Mais encore, dans ce cas, cette médication serait recommandable au point de vue pratique; et, au point de vue théorique, ne l'oublions pas, ce n'est pas d'un *seul* signe, mais bien d'un *ensemble de signes* qu'il faut ordinairement déduire le diagnostic.

Si l'on prend ce soin, comment confondre les accidents décrits dans les observations qui précèdent avec *les inflammations aiguës, suivies d'épanchement ou de phlegmon*, des bourses séreuses? Celles-ci ont bien, il est vrai, le même siége, la même forme et jusqu'au même volume, mais non pas la même adhérence. D'ailleurs, combien leur début est plus brusque, leur chaleur plus âcre, leur sensibilité plus vive, leur fluctuation plus manifeste! Enfin, le traitement spécifique est sur elles sans action.

Avec *les abcès froids*, la confusion est plus facile: leur marche est plus lente, la réaction moins vive, et, si la suppuration s'établit, l'ouverture ulcérative donne parfois issue à des fongosités, et tout au tour la peau revêt une teinte violacée; — mais les antécédents sont plutôt ceux de la scrofule ou du rhumatisme. Le début coïncide fréquemment avec la convalescence de certaines maladies ou la période critique de quelques autres. Les bords de l'ulcère sont plutôt décollés que taillés à pic. Les antiscrofuleux réussissent mieux que l'iodure de potassium.

L'inflammation et l'hypertrophie de l'os ou du périoste, d'origine syphilitique, cèdent, j'en conviens, au traitement spécifique; — mais elles s'accompagnent de douleurs vives, ne présentent pas la même résistance élastique, ne rappellent pas aussi exactement le siége et la forme de la bourse séreuse. Et enfin, s'il s'ensuit une ulcération, le stylet explorateur arrive sur une surface osseuse dénudée.

Les hématocèles et les kystes à grains riziformes se reconnaissent: les premiers, à une ecchymose périphérique très-fréquente au début, et tous deux à une certaine crépitation perceptible à la palpa-

tion, et due au frottement des caillots sanguins ou des grains riziformes. S'ils s'ulcèrent, la nature du contenu qui s'échappe fournit un nouveau caractère différentiel.

Sera-t-il aussi facile de faire la distinction d'avec *le fongus des bourses séreuses* et d'avec *le mal perforant?* Non, sans doute. Mais, précisément, ainsi que je l'ai remarqué (obs. 5), il s'agirait de savoir si cette distinction est toujours à faire et si les altérations décrites sous ces noms ne sont pas *des affections génériques communes à plusieurs espèces*, *parmi lesquelles l'espèce syphilitique* (1).

---

(1) « Alors qu'il est évident que l'ulcère cutané (mal perforant) n'est qu'un symptôme susceptible d'accompagner plusieurs lésions, doit-on s'efforcer de le conserver comme type d'une maladie particulière? Il me semble que, d'après les données actuelles, cela est impossible. Je crois que, jusqu'à plus ample informé, on devra se borner à chercher, à pénétrer la lésion dont il est la conséquence, et qu'on ne doit plus le considérer comme portant en lui-même sa caractéristique, ainsi que l'avait cru Leplat. »

«..... L'étiologie ne peut pas être considérée comme une. » (E. Maurel, thèse de doctorat, 1871. « Du mal perforant, » page 57.)

Plus loin, M. Maurel semble nier l'influence des diathèses sur le mal perforant, et néanmoins il reconnaît que, « dans les cas d'ostéite, la forme se rapproche pourtant beaucoup de l'ostéite raréfiante syphilitique. » (Page 59, loc. cit.).

M. Verneuil n'a-t-il pas eu le droit, même en l'absence de l'ostéite, de supposer, dans le cas de l'ob. 5, syphilitique la nature de la lésion?

SECONDE PARTIE

Je terminerai par quelques réflexions générales.

On peut distinguer *deux phases* dans l'histoire des affections médicales ou chirurgicales : — Celles-ci sont d'abord étudiées isolément. Chaque observateur s'applique à donner de leurs lésions, de leurs symptômes, de leur marche, de leur terminaison, de leurs complications mêmes, de l'influence enfin des divers traitements vantés comme prophylactiques, palliatifs ou curatifs, des descriptions de plus en plus exactes, pittoresques, minutieuses : c'est la *période analytique*. - Viennent ensuite des tentatives de *synthèses*. Les pathologistes cherchent à classer les affections d'après leurs ressemblances et réussissent à établir des groupes plus ou moins naturels. Ainsi se sont formés les groupes très-artificiels des « maladies de la tête, du cou, de l'abdomen, etc. (1); » ainsi encore ceux déjà plus naturels des « maladies de la peau, des muqueuses, des os, des séreuses, etc. » Une classification plns difficile, plus audacieuse, mais aussi plus féconde a été tentée. Curieuse de remonter jusqu'à l'essence même de la maladie, elle nous a donné « les diathèses, » — ces dispositions générales, héréditaires ou acquises, qui nous rendent sujets à des accidents spéciaux, évoluant dans un ordre et suivant un mode déterminés, souvent justifiables d'un même agent thérapeutique.

Enfin, une répartition plus complète est fondée à la fois sur la synthèse et sur l'analyse : elle montre les liens de parenté des affec-

---

(1) Ainsi Alibert, malgré sa prétention à édifier une classification naturelle des maladies de la peau, avait arbitrairement créé la classe des teignes (lésions du cuir chevelu, et celle des dartres, lésions du corps).

tions nées d'une même cause morbifère et les modalités que revêtent ces affections selon le système ou l'élément anatomique qu'elles occupent. Non contente de créer des familles, elle distingue des espèces et des variétés, elle tient compte de la cause agissante et du milieu où cette cause agit; elle sait, si je puis me permettre cette comparaison, que la physionomie d'une plante dépend à la fois de la nature de la graine et de celle du terrain.

Nul doute que l'étude de la syphilis n'ait passé par ces deux périodes. Avant de devenir « les manifestations d'une même cause, les enfants d'une même mère, la vérole, » les accidents syphilitiques durent être étudiés « isolément ». C'est l'opinion de Follin; c'est même la raison qu'il donne pour justifier l'hypothèse de l'existence de la syphilis dans l'antiquité. « Si, dit-il, on l'a niée, c'est parce qu'on a voulu la trouver dans son expression la plus complète, à l'état de système syphilographique, comme dans nos livres classiques, et l'on ne paraît pas songer que la vérole puisse exister, dans le petit nombre de livres médicaux qui nous restent de l'antiquité, sous la forme de fragments pathologiques disséminés çà et là, et désignés par des noms très-variables (1). Plus tard, ces fragments épars se groupèrent par régions, par systèmes anatomiques; et, de synthèse en synthèse, ils en vinrent à constituer l'unité nosographique appelée syphilis.

Quoi de plus naturel que certaines lésions des bourses séreuses puissent entrer dans ce cadre, comme s'y rangèrent des ecthymas, des lichens, des rupias, des tubercules, et tant d'autres accidents étudiés d'abord « isolément, » puis décrits comme « maladie de la peau, » avant de l'être comme « syphilides cutanées? »

Sera-t-on surpris de voir la syphilis envahir les petites séreuses, lorsque déjà l'on sait bien que les grandes séreuses et les séreuses articulaires ne sont pas à l'abri de ses atteintes? N'a-t-on pas la

(1) Follin. Traité de pathol. ext., t. I. Syphilis.

méningite (1), la tumeur blanche (2) et l'hygroma (3) syphilitiques ? Il n'y a pas de ligne de démarcation nettement tranchée entre la grande séreuse munie d'un revêtement épithélial et la simple bourse sous-cutanée, qui en est dépourvue : entre celle-ci et celle-là, les séreuses vésiculaires ou vaginales des tendons et les séreuses articulaires établissent une transition insensible : pourquoi, tombant dans des terrains si analogues, la même graine eût-elle germé dans l'un, avorté dans l'autre ?

Devra-t-on s'étonner enfin que la gomme soit une des formes les plus fréquentes de l'accident syphilitique des bourses séreuses ? Est-ce que le tissu cellulaire sous-cutané ou intermusculaire n'est pas le lieu d'élection des tumeurs gommeuses (4) ? Est-ce qu'il n'est pas en même temps le tissu d'où dérivent les bourses séreuses (5) ?

Si nous entrons dans un nouvel ordre de considérations, l'aptitude de tous les éléments du groupe à la guérison par un même agent thérapeutique ne légitime-t-elle pas la synthèse que nous avons faite ? Ne prouve-t-elle pas que ces accidents sont vraiment engendrés par la syphilis ? Et n'est-ce point une chose à la fois intéressante et utile que de pouvoir ainsi rapporter, par une série d'inductions, des accidents à leur cause, en attendant que des observations directes révèlent la nature intime de cette cause entrevue, peut-être, de ceux pour qui la vérole est une altération du sang par un parasite microscopique (6) ?

---

(1) Jaccoud (Traité de pathol. int. : méningite chronique). — Observation de méningite syphilitique, par M. A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 18 juillet 1873).

(2) Richet. Mémoires de l'Académie de médecine, 1853.

(3) Verneuil. Mémoiré cité, obs. II, III, IV (Gazette hebdomadaire, 10 janvier 1873).

(4) Bazin. Leçons sur la syphilis.

(5) M. Sée. Dict. encyclopédique des sc. méd., art. bourses séreuses.

(6) Hallier, Klotzsch, Salisbury ont décrit le *champignon de la syphilis*. — Brühl-

CONCLUSIONS.

1° La syphilis semble pouvoir envahir tous les tissus et les envahir à tous ses âges.

2° Les bourses séreuses sous-cutanées et tendineuses présentent des affections syphilitiques, non-seulement secondaires, mais tertiaires.

---

kens attribue cette maladie à l'infection du sang par une variété de *leptothrix*. — Lostorfer a fait de nombreuses recherches micrographiques sur le sang des syphilitiques. Il a étudié le sang, obtenu à l'aide de piqûres faites à la peau, dans une chambre humide, et avec l'objectif à immersion de Hartnack.

Au bout de deux jours, le sang des individus atteints de syphilis ne renfermait rien de spécial, sinon des vibrions et des bactéries; du troisième au cinquième jour, l'auteur a vu apparaître de petits corpuscules brillants, arrondis, munis quelquefois d'un petit prolongement; deux jours plus tard, ces petits corpuscules étaient plus nombreux et en partie augmentés de volume; puis bientôt ils se couvraient de bourgeons, et, vers le dixième jour, on voyait apparaître, au centre des corpuscules les plus volumineux, une vacuole si considérable que l'enveloppe était amincie et caractérisée par un double contour. Le développement s'arrête là.

L'auteur a cherché vainement des corpuscules semblables dans le corps d'individus non atteints de syphilis, aussi les considère-t-il comme caractéristiques de la maladie, et leur a-t-il donné le nom de *corpuscules de la syphilis*.

Une discussion s'éleva à ce sujet à la Société de médecine de Vienne; Hebra et Stricker, ayant soumis à l'examen de Lostorfer des préparations numérotées d'individus sains et atteints de syphilis, cet observateur ne se trompa jamais dans son examen.

Par contre, Weld veut que ces corps soient de la graisse et qu'ils existent dans le sang normal.

Selon Vaida, on les trouve dans le sang normal, mais moins abondants que dans la syphilis, la leucémie et le cancer. Mais ils ne sont ni de la graisse, comme le prétend Weld, ni des parasites végétaux, comme le soutient Lostorfer.

Biesiadecki émet des conclusions semblables et fait observer que Stopczanski les avait déjà pris pour des granulations de paraglobuline. (P. Spillmann, Revue crit., Archives générales de médecine.)

3° Celles-ci sont reconnaissables à trois ordres de signes, savoir : A. antécédents et accidents concomitants ; B. caractères intrinsèques ; C. prompte efficacité du traitement spécifique de la période tertiaire de la syphilis.

4° La réunion de plusieurs signes peut seule autoriser à poser hardiment le diagnostic.

5° En cas de doute, on peut, on doit même faire l'épreuve du traitement spécifique ; incapable de nuire sérieusement, il peut beaucoup servir, et, d'ailleurs, il n'en est guère d'autre.

6° Ce traitement consiste en : 1° frictions avec l'onguent napolitain, ou compression avec des bandelettes agglutinatives de sparadrap de Vigo ; 2° pilules de protoiodure de mercure de 0,05 centigrammes (1 pilule par jour) ; solution d'iodure de potassium de 5 à 15 grammes pour 250 d'eau (1 cuill. à soupe par jour).

7° L'application judicieuse de ce traitement amènera une amélioration rapide et une prompte guérison.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie. — Du crâne et de la face.

Physiologie. — De la contractilité musculaire. Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Phénomènes capillaires, endosmose des liquides et des gaz ; applications physiologiques.

Chimie. — Azote, phosphore, arsenic ; leurs caractères distinctifs, leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des rongeurs. Du castor et du castoréum. De l'ondatra ou rat musqué. Du daman.

Pathologie externe. — De la valeur de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps, des mixtures, règles à suivre pour leur prescription et leur préparation.

Thérapeutique. — De la révulsion, de la dérivation.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui peuvent se développer dans le corps de l'homme, pendant la vie ou après la mort; se développe-t-il de l'acide cyanhydrique pendant la putréfaction?

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu, bon à imprimer.

VERNEUIL, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.